Med. Sala.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS
DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Cávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.

Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Márquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.

Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
23 JUN 1933

Diciembre de 1932

Año VII

No. 40

Cloruro
de
SINOMENINA
(Reg. D. S. P. 3700)
PARA EL
TRATAMIENTO
del REUMATISMO
y NEURALGIAS
"CLORURO DE SINOMENINA" es un remedio específico para el Reumatismo y Neuralgías, descubierto por el Dr. Médico N. Yshiwari, después de largas investigaciones efectuadas en el Instituto Farmacológico de la Universidad Imperial de Kiyoto, bajo la superintendencia del Profesor K. Marishima.
"CLORURO DE SINOMENINA" es una sal clorhídrica de la Sinomenina, alcaloide cristalino obtenido por un procedimiento químico especial del Sinomeniun actum Rehd et Wils (Minos permaceas), hierba medicinal, específica para el tratamiento del Reumatismo y las Neuralgías, que goza de gran popularidad en el Japón desde tiempos muy remotos.
"CLORURO DE SINOMENINA" es un polvo blanco, cristalino, de sabor acre, soluble en agua en proporción de 4-8%, funde a 231 C.
Importadores: CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.
Isabel la Católica, 85. México, D. F.

Jarabe Merck

DE EFETONINA

EFETONINA M. R.

en las bronquitis agudas y crónicas, inflamaciones de las vías respiratorias superiores, tos ferina, gripe

FRASCOS DE 100 GR.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica. No. 5218 D. S. P.

POMADA "MERCK"

DE EFETONINA

EFETONINA M. R.

constipados, coriza de los henos, rinitis vasomotora y estados irritativos semejantes de las mucosas nasales

TUBOS DE 10 GR.

Usese por prescripción médica. 6829 D S P

E. MERCK, DARMSTADT

mayores informes darán gustosamente

MERCK-MEXICO, S. A.

MEXICO, D. F.

APARTADO POSTAL NUM. 2669

UNION MEDICA MEXICANA, S. C. L.

Laboratorios Terapia

México, D. F. Gómez Farías 33

HEMOTONIKOL

U. M. M.

Fórmula:

Hierro Glicerofosfato.. 0.10 gms.
Sodio Cacodilato..... 0.20 „
Estricnina Sulfato.....0.002 „
Agua bidestilada c. p. b. 5 c. c.
por ampolleta.

Indicaciones terapéuticas:

El Hemotonikol está indicado principalmente en los casos que hay necesidad de aumentar el número de glóbulos rojos en la sangre y la hemoglobina de los mismos, como acontece en las anemias por hemorragias, en el paludismo, en los casos de anemia en los individuos parasitados (por tricocéfalos, anquilostoma, etc.), y en las convalecencias en general.

Contraindicaciones:

Insuficiencias hepática y real e hipertensión.

Posología:

Adultos: Una inyección diaria o cada tercer día, siguiendo las instrucciones del médico.

Niños: De la tercera parte a la mitad de la ampolleta, diaria o cada tercer día, según la edad y las instrucciones del médico.

Nota: No debe usarse indefinidamente. Después de diez inyecciones suspéndase el tratamiento durante diez días.

Presentación:

Caja de 10 ampolletas.

Registro número 8277. D. S. P.

DINOGENOL U. M. M.

Fórmula.

Sodio Cacodilato..... 0.20 gr.
Sodio Glicerofosfato.... 0.20 „
Estricnina Sulfato..... 0.002 „
Suero Fisiológico C. B. P. 5. c. c.

Indicaciones terapéuticas: Obrando como tónico general, es útil como auxiliar en el tratamiento de: Las anemias, convalecencias, neurastenia, y en los asténicos y debilitados.

Contraindicaciones: Insuficiencias hepática y renal, e hipertensión.

Presentación: En caja de diez ampolletas.

Advertencia: Queda exclusivamente en manos de los señores médicos el señalar la dosis en cada caso particular.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

Registro No. 8340. D. S. P.

Los Médicos de Prestigio Prescriben estos Productos

LITERATURA A SOLICITUD

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Págs.

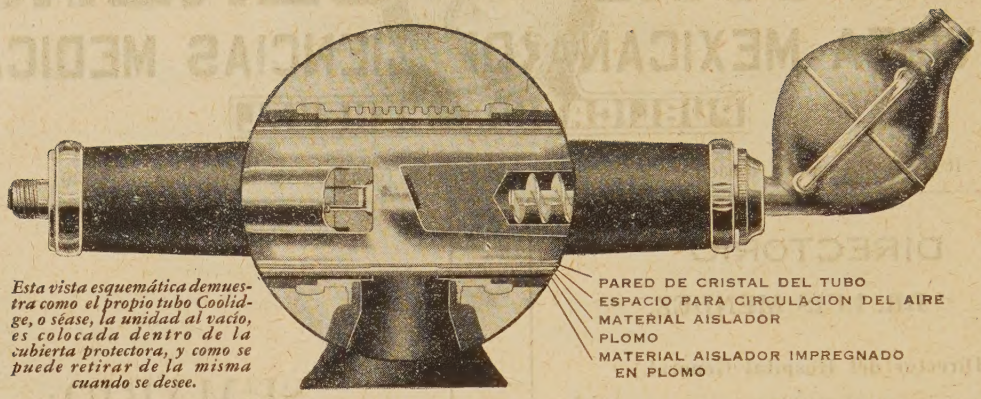
Dos Casos de Lesiones Oseas Supurativas, Tratadas con Larvas de Mosca por el Dr. Manuel A. Manzanilla 1403

Los Arsenicales, Tipo Sulfarsenol, en la Erisipela de los Niños. Por el Dr. Antonio Gómez 1409

La Sifilimetría. Un método de Tratamiento Antiluético que debe establecerse en México. Por los Dres. Alfonso Castrejón y Fira Mouchkatine de Castrejón. 1414

Algunas Consideraciones Acerca del Cáncer Uterino. Por el Dr. Juan Velásquez Uriarte 1419

Cirugía de Tórax. Por el Dr. George F. Shaub de Honolulú — Islas Hawaii — Traducción del Dr. Fernando Rueda Magro 1425



Esta vista esquemática demuestra como el propio tubo Coolidge, o séase, la unidad al vacío, es colocada dentro de la cubierta protectora, y como se puede retirar de la misma cuando se desee.

Doctor—Usted Puede Mejorar Su Servicio Radiográfico

LOS nuevos tubos Coolidge de la serie "XP" mejorarán sus resultados radiográficos por medio de exposiciones más cortas y un detalle mucho mayor. Tanto el ánodo de 20°, de construcción sólida, como el foco modelo Benson de forma alargada permiten el uso de energías considerablemente mayores con un punto focal efectivo de menor tamaño.

Aún cuando se han conservado los principios fundamentales del tubo Coolidge original, el diseño de los tubos "XP" ha traído consigo un cambio radical en sus aplicaciones, como se expone a continuación:

1. La protección contra los rayos X es una característica intrínseca del tubo, es decir, está incorporada a los mismos.
2. La unidad al vacío puede ser rápida y fácilmente extraída de su cubierta protectora de metal. Esto significa mayor conveniencia y economía en los reemplazos.
3. Los radiadores de los tubos "XP" son intercambiables. La unidad de enfriamiento por aire o la de enfriamiento por agua pueden emplearse según se desee. Esto, en efecto, quiere decir que el propietario de tubos "XP" tendrá la ventaja de contar prácticamente con dos tubos en uno.
4. No existe ningún "burbujeo" cuando se usa la unidad de enfriamiento por agua. Es decir, el agua caliente y los gases generados en el vástago del ánodo no pueden retroceder hacia el depósito en forma brusca como sucede en otros tubos.
5. La fuerte construcción de la unidad al vacío y de la cubierta protectora satisface las exigencias de protección contra daño mecánico.

El eficiente funcionamiento y las especiales características de los tubos "XP" mejoran el servicio radiográfico y garantizan la completa satisfacción de usted.

Sírvase solicitar detalles.

"A"—Radiador para Enfriamiento por Aire, el cual es intercambiable con la Unidad para Enfriamiento por Agua.

"B"—El propio Tubo Coolidge, tal como aparece cuando se suministra como unidad de reemplazo.

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

Dos Casos de Lesiones Oseas Supurativas, Tratados con Larvas de Mosca

Trabajo presentado al X. Congreso Médico Nacional por el Doctor MANUEL A. MANZANILLA, representante de la Beneficencia Pública.

CONTRIBUCION DEL HOSPITAL GENERAL

EN el número correspondiente al mes de abril próximo pasado, de "Surgery, Gynecology and Obstetrics", órgano oficial del Colegio Amerirano de Cirujanos, se publidó un trabajo de S. K. Livingston, de Hines, Illinois, sobre el tratamiento de las osteomielitis crónicas y de las heridas infectadas, por las larvas de la mosca calliphora erythocephalla, de la familia de las muscídaes.

El nuevo recurso terapéutico fué practicado por primera vez en México, en el Sanatorio del doctor Ulises Valdés, en un caso de osteomielitis del húmero, del doctor Gustavo Baz, cuya herida cicatrizó totalmente veintidós días después de la intervención.

En el Hospital General de la Nación, se practicó por primera vez este tratamiento por el doctor Germán Troconis Aragón, en un caso de osteomielitis del fémur, operado en agosto 25 de 1932, habiendo cicatrizado totalmente la herida en veintiocho días. El segundo y el tercer caso en que han sido empleadas las larvas de mosca en el Hospital General, son los dos casos que consigna este trabajo, y que, junto con el de Troconis y con otros, formarán parte de la tesis que Martín Maquívar Amelio presentará a la Universidad de México el año próximo.

Omitimos la descripción de técnica para el cultivo aséptico de las mencionadas larvas para uso quirúrgico y en cuanto aquella de la siembra de larvas en la herida, nos atendremos a lo descrito en las historias clínicas que damos de nuestros casos.

Nuestro trabajo no constituye más que una contribución al estudio de asunto tan importante y trascendental, que fuera del país tanto se ha discutido en publicaciones de la profesión. No obstante los buenos resultados que produce la invasión de larvas en las heridas y que han sido observados desde hace tiempo, tanto en el hombre como en los animales, puede afirmarse que el estudio y aplicación científica del asunto comienza con los trabajos del doctor William S. Baer, del Hospital John Hopkins, quien hizo la primera aplicación en 1928, fundado para el caso en la experiencia proporcionada por la Gran Guerra.

Livingston obtuvo un noventa y cinco por ciento de éxitos en dieciocho meses y en cien casos, constituítudos en su mayoría por osteomielitis crónicas (90%), y por fracturas expuestas infectadas (5%), osteomielitis tuberculosas (4%) y muñón infectado (1%).

A la actuación de las larvas sobre los tejidos infectados, se atribuyen tres efectos distintos:

A.—Efecto mecánico, que consiste en la destrucción de los gérmenes y de los restos de tejidos muertos, que las larvas devoran y digieren.

B.—Efecto serogenético, consistente en la producción local de suero, probablemente por excitación secretoria local o por canalización sérica al destruir tejidos muertos.

C.—Se admite la generación de un principio activo, probablemente un bacteriófago, que se comporta como tal.

Nuestro primer caso fué una osteomielitis crónica de ambos huesos del antebrazo derecho. Se trató de J. B. L. G., alumno de la Escuela Industrial Vocacional de la Beneficencia Pública, a quien presentamos personalmente, de 19 años de edad, con antecedentes hereditarios desconocidos y siendo sin importancia los personales no patológicos y patológicos; no existe sífilis ni tuberculosis. El 6 de oct. de 1931, sufrió un accidente industrial que le produjo fractura no expuesta de los dos huesos del antebrazo derecho, a la altura del tercio medio. Trece días después de la fractura, le hicieron una osteosíntesis con dos placas metálicas, habiéndose infectado esta intervención, sin lograrse resultado satisfactorio alguno, y presentando el enfermo, por dicha infección, temperaturas hasta de 39° C. Un mes después de dicho acto quirúrgico, lo reoperaron para quitar placas y secuestros, no habiéndose podido obtener tampoco con esta nueva intervención, el resultado apetecido. El foco de infección continuó activo, supurando y fistulizándose. El 22 de febrero de 1932, lo operaron por tercera vez, practicando de nuevo osteosíntesis y utilizando para la misma dos placas de cuerno de toro, presentándose la propia noche de esta tercera intervención un cuadro clínico infeccioso agudo, con temperatura de más de 40° C., que duró una semana aproximadamente con oscilaciones de 38° y 39° C. De dicha fecha hasta el momento de la intervención nuestra, y no obstante los cuidados que le dispensaron, la herida y el foco infeccioso continuaron supurando y eliminando secuestros. El 5 de septiembre operé, ayudado por Maquívar, practicando vaciamiento del foco osteomilítico en una extensión de diez centímetros aproximadamente y poniendo a continuación taponamiento hemostático con gasa simple. Dos días después, practicamos la siembra de larvas estériles en la forma siguiente: descubierta la herida, se le quitó el taponamiento con suero fisiológico estéril y se colocó en pleno foco óseo un cultivo de larvas en cantidad de doscientas aproximadamente, hecho lo cual, se tapó la herida con un pedazo de tela de molino estéril, adhiriéndola a la piel con la pasta del doctor Unna y completando la adherencia por medio de un cuadro de tela adhesiva, y se cubrió con un apósito. Seis días después, se descubrió de nuevo la herida, teniendo ésta, olor fétido y presentando abundante serosidad, sin pus; se lavó con suero fisiológico estéril, notándose reducida la cavidad y las gemas carnosas de magnífico aspecto; se hizo una nueva siembra en la forma anterior. Transcurridos cinco días, se descubrió nuevamente, notándose el mismo olor y la abundancia de serosidad, sin pus y notablemente reducida la cavidad gemando en condiciones ideales; y no se creyó oportuno hacer una tercera aplicación de larvas, por la reducción considerable de la cavidad y la ausencia macroscópica de tejidos muertos. Se continuó curando exclusivamente con ambrina y cauterizando las gemas hipertróficas con solución de nitrato de plata al diez por ciento. A los veinticinco días de la intervención quirúrgica se había obtenido totalmente la cicatrización, siendo de notar que la secuela operatoria fué sin síndromo febril; a continuación reanudó sus actividades, no habiéndolas suspendido ni presentado el menor trastorno hasta la fecha.

Estudio radiológico: La radiografía número 1 fué tomada un mes y medio aproximadamente después de la tercera operación y en ella se nota lo siguiente: en el cúbito, un trazo oblicuo de una fractura antigua, en la que hay tendencia a la formación de tejido fibroso precursor del callo óseo; en el radio se aprecia una desviación muy marcada de la zona intermedia a las dos extremidades del hueso fracturado y parece que en este lugar se verificó una amplia resección de los dos cabos de la fractura, habiéndose formado después un callo defectuoso, debido probablemente a la infección, notándose el periostio exuberante en algunas partes de las dos fracturas, que es la manera como el hueso se defiende de la infección, la que existe muy extensa, como puede apreciarse, debido a esto y a que no existe

precisión en los contornos de la sombra ósea, revelándose, por consiguiente, radiológicamente, la existencia de osteomielitis en los dos focos de fractura, siendo más extensas las lesiones del radio.

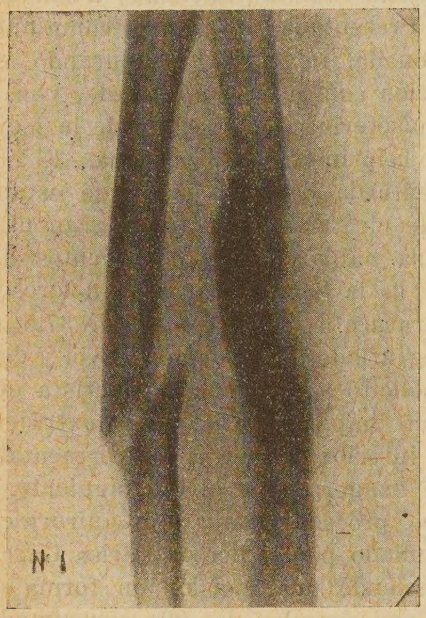
Las radiografías número 2, anteroposterior y transversal, fueron tomadas tres días antes de nuestra intervención quirúrgica. Se nota la formación de los callos óseos, pero también existe falta de precisión en los contornos óseos, periostio exuberante en algunas partes, y puede, asimismo afirmarse radiológicamente, que existe osteomielitis en los dos focos de fractura, siendo más extensas las lesiones del radio.

La radiografía número 3, obtenida por el doctor Rodolfo Gayol, el 22 de noviembre, es decir, dos meses y medio después de nuestra operación y tratamiento con larvas muestra que se encuentra perfectamente consolidada la fractura del cúbito, con formación de un callo normal con tendencia a la reabsorción de tejido exuberante; y en el radio, los caracteres del callo se aproximan a lo normal y solamente persiste en la parte más cercana a la piel, algo de periostitis de defensa.

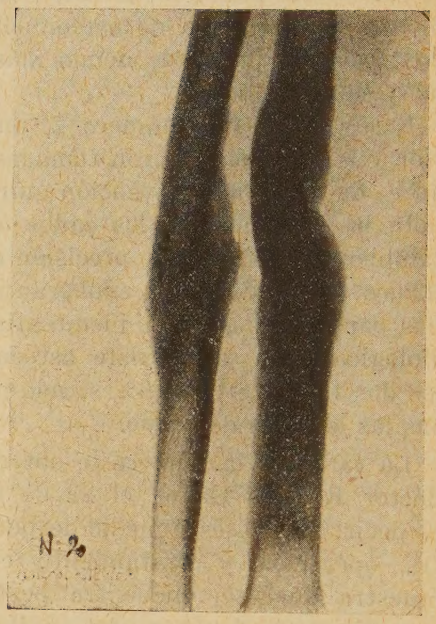
Nuestro segundo caso, lo constituyó una fractura expuesta conminuta infectada del maxilar inferior. Se trató de G. V., de 37 años de edad, campesino, del rancho Sabina Grande, cercano a Huichapan (Hidalgo), con antecedentes hereditarios, personales no patológicos y patológicos, sin importancia; no hay sífilis ni tuberculosis. El 26 de septiembre de 1932, fué herido con proyectil de arma de fuego, calibre 38, a un metro de distancia, con trayectoria de adelante hacia atrás, de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, interesando partes blandas de la porción mentoniana de la región de la mejilla, a la altura del primer pequeño molar izquierdo inferior, produciendo una fractura expuesta de la rama horizontal del maxilar inferior, con trazo oblicuo, destrozando el frenillo de la lengua y produciendo al salir a la altura del ángulo derecho del propio maxilar, una fractura expuesta conminuta, que se infectó posteriormente. Este enfermo estuvo curándose durante ocho días en Huichapan, al cabo de los cuales, se internó en el Hospital General, quedando a nuestro cuidado. Presentaba la fractura conminuta ya mencionada, infectada y supurando, en comunicación con la cavidad bucal y con la porción maseterina de la región de la mejilla, siendo la primera muy pequeña. El orificio de entrada del lado izquierdo estaba en vías de cicatrización. Tenía gran dificultad para hablar y los movimientos del maxilar y de la lengua eran muy dolorosos. La temperatura a su ingreso era de 37.5° C. Fué radiografiado por el doctor Gayol y después se solicitó a un cirujano dentista que hiciera una limpieza de la boca y extrajera el canino inferior izquierdo, que presentaba movilidad exagerada, y al día siguiente, 6 de octubre, procedí a intervenir quirúrgicamente ayudado por el doctor Carlos García Garza, haciendo una incisión en forma de escuadra con ángulo de 90° aproximadamente y cuyo vértice correspondía topográficamente al ángulo derecho del maxilar in-

EL
ULTRAGADOL
IRRADIADO
de sabor agradable
REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL
ACEITE DE HIGADO DE BACALAO
LES
Etablissements Chatelain
París - FRANCE
Agentes en México:
A. RUEFF Y CIA.
Lucerna No. 7. MEXICO, D. F

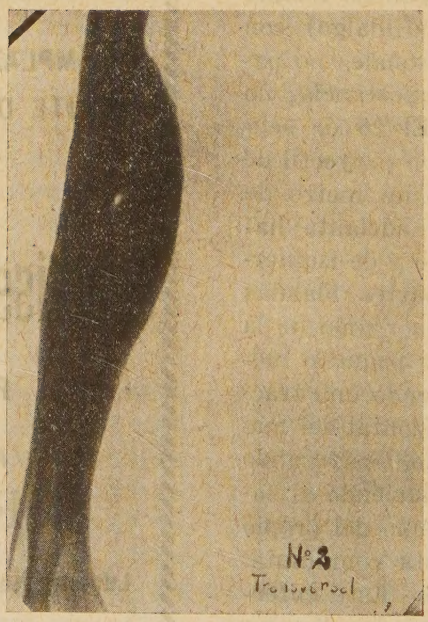
Lámina 1.



Núm. 1.

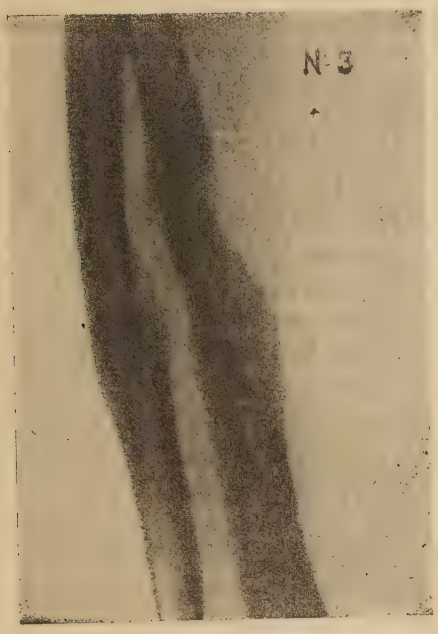


No. 2.—Anteroposterior.



No. 2 bis.—Transversal.

Lámina 2.



Núm. 3.

Núm. 4.

ferior, practicando secuestrotomía de trece secuestros de diversas dimensiones, siendo el mayor el que está señalado con una flecha en la radiografía número 4, habiendo intentado suturar la comunicación bucal, cosa imposible de lograr por la friabilidad del tejido, y colocando taponamiento hemostático con gasa simple. A continuación se puso un vendaje elástico especial para mantener en posición e inmóvil el maxilar inferior. Dos días después, durante los cuales se supuso que cicatrizaría el orificio de comunicación bucal, dado que era muy pequeño, practicamos la siembra de larvas estériles en la forma que ya se expuso en el caso que precede, descubriéndose la herida seis días después, lavándola con suero fisiológico estril y encontrándola muy reducida, con olor fétido, abundante serosidad y sin pus; se hizo una nueva siembra. Transcurridos seis días, se descubrió nuevamente, notándose con el mismo olor, regular cantidad de serosidad, sin pus y muy reducida. Quisimos hacer una tercera siembra, pero el enfermo manifestó que tenía necesidad urgente de abandonar el Hospital para regresar a su casa, y se marchó, con instrucciones de que algún médico curara la herida. Dos semanas después tuvimos noticia de que la herida estaba casi cicatrizada, presentando alguna serosidad, sin pus. La secuela operatoria fué sin síndromo febril. La alimentación por todo el tiempo que estuvo a nuestro cuidado se hizo en forma de líquido, administrándola por una senda introducida por las fosas nasales hasta el esófago. Le molestó algo la glositis que determinó la herida traumática del frenillo, pero sólo por unos cuantos días; se estuvo haciendo al principio, antisepsia bucal con torundas humedecidas con agua oxigenada muy diluída, y, por último, se aplicó también en la propia forma, lactéol líquido. Confiamos en volver a ver a este enfermo, pues, teniendo en cuenta la futura desviación del maxilar inferior, cuanto por el interés que nos merece, le indicamos que nos consultara dos meses después. Habiendo hecho las indagaciones necesarias, consideramos este caso como el primero de maxilar inferior que se trata en el país con la terapéutica en cuestión.

Estudio radiológico: La radiografía número 4, obtenida víspera de la operación, muestra claramente, sin necesidad de explicaciones detalladas, las lesiones apuntadas, debiéndose observar que el contorno de algunos secuestros carece de precisión, lo que demuestra la existencia de la infección.

Del resultado de nuestros casos no podemos afirmar, atenidos a esta pequeña experiencia, que siempre pueda obtenerse más o menos éxito, pues sí nos atrevemos a decir que en ambos casos, los primeros a nuestro cuidado, se ha obtenido éxito indiscutible, por ahora, en el primero; y que por los informes que nos fueron enviados del segundo, comprobamos una evolución tan favorable, que confiamos en un hermoso resultado. Nos ha sido muy grato contribuir con este trabajo al estudio y experimentación de tan sugestivo como interesante asunto.

COMPLEMENTARIA: Después de presentarse este trabajo en la Sección IV, (Cirugía General y Terapéutica Quirúrgica), del X Congreso Médico Nacional, el autor expresó que, por información que acababa de recibir, se complacía en comunicar que el enfermo G. V., primer caso de lesión supurativa de maxilar inferior tratado con larvas de mosca en el país, había cicatrizado totalmente en treinta y dos días, y que, en tal virtud, solicitaba se hiciera constar lo anterior y se consideraran sus conclusiones en el sentido de que se había obtenido buen éxito en ambos casos presentados; lo que fué acordado en la forma solicitada, por la Mesa Directiva de dicha Sección, presidida por el Doctor Francisco Castillo Nájera, Representante del C. Presidente de la Repúbliqua.

Los Arsenicales, Tipo Sulfarsenol, en la Erisipela de los niños

Dr. Antonio Gómez
Del Servicio de Niños Infecciosos del Hospital General

Desde el año de 1929, empezamos a usar el sulfarsenol en distintos padecimientos infecto-contagiosos, en mi servicio del Pabellón 29, Niños del Hospital General.

Me pareció desde un principio que dos padecimientos podían reaccionar benéficamente a este padecimiento: fiebre tifoidea y erisipela, padecimientos en que seguimos usándolo con constancia, dados los efectos halagadores que se han apreciado.

Los casos de erisipela que brevemente voy a exponer, corresponden a niños que han pasado por mi servicio de enero del año de 1930 a junio del presente año, excluyendo las erisipelas quirúrgicas o sean las aparecidas alrededor de una herida quirúrgica. Excluyo estas erisipelas, tanto porque son más benignas y su tratamiento sólo requiere generalmente aplicaciones típicas, como porque corresponden a niños que una vez curados regresan a su Pabellón de origen con sus respectivas ordenatas, y sería muy laboriosa la recopilación de ellas.

Acostumbrados como estamos a usar el sulfarsenol en la heredo-lues a intervalos no menores de cuatro días, y no encontrando en ninguna parte literatura que me ilustrase sobre su empleo en la erisipela, empezamos a usarlo más o menos con ese intervalo de tiempo a dosis usuales, hasta que se pudo observar que en esta forma, sólo podían lograrse algunas mejorías en el estado general de los pacientes, sin que el medicamento influyera en la evolución más o menos larga del padecimiento; entonces nos resolvimos a acortar el intervalo de las inyecciones muy paulatinamente para no ir a provocar intoxicaciones medicamentosas. Examinando las ordenatas de estos enfermitos, me he dado cuenta de que todo el año de 1930 se pasó en tanteos, cuyo relato lo condenso hasta donde es posible para no cansar vuestra reconocida amabilidad.

Resumen de los casos tratados en el año de 1930

Hasta un año de edad.....	12 niños
Mayores de un año y menores de tres	3
Niños tratados	15
Altas por curación:	
Hasta un año de edad.....	7
Mayores de un año y menores de tres	2
Total de altas	9
Defunciones:	
Hasta un año de edad.....	5
Mayores de un año y menores de tres	1
Total de defunciones	6

Estos niños fueron tratados por sulfarsenol u otro medicamento arsenical análogo, y recibieron de dos a cinco inyecciones intramusculares con intervalo preponderante de tres a cinco días. La duración del padecimiento en los niños curados varió de 6 a 23 días, por lo que no se puede afirmar, como he dicho anteriormente, que el sulfarsenol influyera en la duración del padecimiento. Sin embargo, se podían observar algunas ventajas, como en la niña E. C. de 3 años de edad con erisipela de la región occipital, que durante seis días consecutivos fué tra-

tada con aplicaciones tópicas únicamente, y la placa seguía extendiéndose, habiendo invadido toda la cabeza; en estas condiciones se le puso la primera inyección de grs. 0.05 sulfarsfenamina, y con ella pareció limitarse la placa; se le pusieron grs. 0.09 y grs. 0.12 más, a intervalos de 3 a 4 días, y curó después de 10 días sin haber tenido ninguna complicación.

Para tener una idea de la mortalidad infantil por erisipela aunque sea con los pocos niños que pasaron por mi servicio en el año de 1930, diré que fueron atendidos 10 niños más por diversos procedimientos, de los cuales murieron 3 menores de un año, con lo que se obtienen los datos siguientes:

Total de niños atendidos	25
Total de defunciones	6
Mortalidad global	36 %
Mortalidad hasta los 12 meses de edad	53.3%
Mortalidad de niños tratados insuficientemente por sulfarsenol	40 %

No estando satisfecho de los resultados de la terapéutica arsenical llevada como he dicho anteriormente, se puede decir que desde el mes de enero del año de 1931, se sistematizó la aplicación diaria de las inyecciones en número de dos, tres o cuatro, según los aspectos clínicos que presentaban los enfermitos: estado de nutrición, extensión de la placa, tendencia a generalizarse, etc., y según los efectos obtenidos con las primeras inyecciones. El cuadro número 1 muestra en todos sus detalles los niños tratados con medicación arsenical y aplicaciones tópicas de cloroformo e ictiol, y que fueron dados de alta por curación.

CUADRO No. 1

Nombre	Edad	Número de Iny.	Su Intervalo en días	Dosis en centigrs.	Dosis totales en centigrs.	Extensión de la erisipela	Duración en días
S. N.	18 días	4	1-1-3	6-6-6-6	24	facial	3
M. C.	3 meses	3	1-2	8-6-8	22	generalizada	5
E. M.	5 meses	2	2	6-6	12	1 miembro	6
F. A.	5 meses	3	1-1	6-9-12	27	generalizada	5
S. C.	6 meses	4	1-1-2	6-8-10-12	36	generalizada	5
M. R.	2 años	4	1-1-2	12-12-12-12	48	1 miembro	5
A. Q.	4 años	2	1	6-9	15	2 miembros	4

Es patente en este cuadro la influencia arsenical en la duración del padecimiento, puesto que sólo duraron estos niños de tres a seis días para sanar, mientras que los descritos anteriormente tuvieron una duración de 6 a 23 días. Voy a decir unas cuántas palabras sobre algunos de estos niños. El niño S. N. de 18 días de edad con erisipela facial, curó en tres días con una inyección diaria de grs. 0.06 de sulfotreparsenán; se le puso la cuarta inyección tres días después por haber tenido la víspera una elevación vespertina de temperatura, como puede verse en la curva térmica adjunta, en esta curva se aprecia el descenso de la temperatura desde la primera inyección de grados 38.7 a 37.2 en la tarde del mismo día y abajo de 37 en los días subsecuentes. La placa también es mejorada por el medicamento de un modo más o menos visible con cada una de las inyecciones, pues se puede notar la disminución de su rubicundez o su limitación desde la primera, como en este caso; otras veces la placa aumenta en extensión, pero no en la magnitud tan apreciable que se observa de un día a otro cuando el niño está sometido a otra terapéutica. Es de hacer notar que en este niño el sulfotreparsenán no produjo ningún trastorno a esa dosis a pesar de tener solamente 18 días de edad.

El niño S. C. de seis meses de edad, tuvo erisipela generalizada y gangrena del escroto que había invadido toda la piel que envuelve los testículos y el pene. Durante cuatro días se le trató con aplicaciones de cloroformo e ictiol sin obtener ninguna mejoría, hasta que se le aplicaron las tres primeras inyecciones de sulfotreparsenán a dosis de grs. 0.06, 0.08 y 0.10, se dejó descansar un día y se le puso la cuarta inyec-

ción de grs. 0.12, con la que desapareció la erisipela. Se debe mencionar el buen efecto del medicamento en las lesiones gangrenosas que se limitan rápidamente y los tejidos afectados toman tendencia a la cicatrización. La curva térmica de este niño no es tan significativa como la anterior, pues persistió arriba de 37 grados dos días después de la desaparición de la erisipela, quizá por la formación de dos abscesos en la cara dorsal de los pies y uno en la pierna derecha, complicaciones que manifiestan la gravedad de la erisipela que sufrió este niño.

El niño S. N. de 18 días de edad, aun suponiéndolo con el peso normal correspondiente a su edad, recibió por inyección de sulfo treparsenán un poco más de centigramo y medio por kilo de peso; los niños S. C. de seis meses, citado anteriormente, y F. A. de cinco meses que ocupa el 4o. lugar en el cuadro No. 1, recibieron la última inyección de grs. 0.12, que también es mayor a centigramo y medio por kilo de peso, dosis máxima que hemos admitido en el tratamiento de la heredo-lues; sin embargo no se ha observado en ningún caso la menor manifestación tóxica ni inmediata ni mediata que se pueda atribuir al medicamento. En niños mayores de un año, como la niña M. R. de dos años de edad citada en penúltimo lugar, no es necesario llegar a la dosis de centigramo y medio por kilo de peso; esta niña curó en cinco días aplicándole solamente grs. 0.12 por inyección durante tres días consecutivos, dejándola un día sin medicamento y aplicándole al siguiente la cuarta inyección, después de haber desaparecido la erisipela, para prevenir alguna recidiva.

Deseando conocer los efectos del sulfarsenol usado exclusivamente, se atendieron cinco niños suprimiendo la medicación tópica.

CUADRO NUMERO 2.

Niños dados de alta por curación tratados con sulfarsenol exclusivamente:

Nombre	Edad	No. de inys.	Su intervalo en días	Dosis en centigrs	Dosis totales en centigrs.	Extensión	Duración
D. Z.	4 días	4	1-1-3	6-3-6-3	18	3 miembros	3
R. M.	11 meses	4	1-1-1	6-9-12-12	39	1 miembro	4
B. N.	12 meses	4	1-1-1	6-6-6-6	24	1 miembro	3
A. J.	4 años	4	1-1-1	12-12-15-8	57	facial	4
Del Centro de Higiene Juan María Rodríguez							
O. M.	9 meses	4	1-1-1	6-9-12-12	39	generalizada	4 (7K100)

muestra los efectos obtenidos, en todo semejantes al cuadro No. 1. Si la duración de la erisipela fu- un poco menor, de tres a cuatro días, se debió seguramente a que ninguno de los niños tuvo erisipela generalizada a todo el cuerpo, solamente el niño del Centro de Higiene Juan María Rodríguez la tuvo más extensa sin haber invadido la cabeza, y también a que fueron tratados por sulfarsenol que es seguramente el mejor de estos arsenicales. En los análisis de orina que han podido hacerse, no se ha encontrado nada digno de mencionarse.

Hay erisipelas muy graves que seguramente no es suficiente el sulfarsenol para cohibirlas a las dosis ya elevadas que se han descrito y que no sería prudente aumentarlas ni continuarlas, sin conocer la resistencia de la celdilla hepática a los arsenicales en los niños, ni su poder de eliminación renal (trabajos de laboratorio dignos de emprenderse). En estos niños me ha parecido que las inyecciones de sangre usadas después del sulfarsenol, dan excelentes resultados, como puede verse en el cuadro número 3, que corresponde a niños en los dos primeros meses de la vida.

CUADRO NUMERO 3.

Niños dados de alta por curación tratados con sulfarsenol y sangre

Edad	No. de inys.	Su intervalo en días	Dosis en centigrs.	Sangre. Dosis diaria en cent. cúb.	Duración en días
32 días	4	1-1-1	6-6-6-6	10-10-10-10-10	12
49 días	3	1-1	3-6-6	5-5-5-5	8
60 días	4	2-1-1	6-6-6-6	5-5	8

Todos estos niños sufrieron verdaderas septicemias erisipelatosas, con hipertermia, oliguria, edemas más o menos generalizados, postración absoluta, tendencia de la erisipela a generalizarse rápidamente, como en el niño de 32 días de edad, que en tres días invadió todo el cuerpo incluyendo la cara y el cuero cabelludo. Sería ilusorio pretender curarlos en tres o cuatro días con sulfarsenol o con cualquiera otro tratamiento; con el arsenical se logra mejorar el estado general, bajar la temperatura, hacer desaparecer la placa en su mayor parte, disminuir la rubicundez de las porciones que quedan, y la sangre viene a completar la curación. Estos niños tardaron en sanar de 8 a 12 días.

En estas erisipelas graves, así como en las tratadas con dosis insuficientes de sulfarsenol, la sangre usada después de este medicamento, da mejores resultados que usada como tratamiento único; digo esto, sin querer negar absolutamente la eficacia de la hemoterapia en la erisipela, pues entre los enfermos tratados de este modo, tengo anotado un adolescente de 13 años de edad con erisipela facial, que curó con tres inyecciones de 10 c. c. de sangre; pero no pasa siempre así, a veces hay que proseguir las inyecciones hasta diez días consecutivos y esto presenta en la práctica algunas dificultades.

En cuanto a las defunciones habidas por erisipela en niños tratados por sulfarsenol, solamente hubo dos: un niño de 15 días de edad, débil congénito con erisipela y gangrena del escroto que después de haber recibido su tratamiento y logrado la desaparición de la placa y la mejoría de la gangrena, le apareció un absceso en la región sacra que fué desbridado; tres días después volvió a aparecerle la erisipela y entonces se le aplicaron tres inyecciones de sulfarsenol, pero con intervalo de dos y tres días, muriendo tres días después de la última inyección. El segundo niño de 30 días de edad, con erisipela generalizada y gangrena del escroto recibió sólo dos inyecciones de sulfarsenol, muriendo al siguiente día. En rigor, solamente este niño falleció estando sometido al tratamiento adecuado en intervalo y en dosis de sulfarsenol.

Se habrá notado que no hay niños mayores de cuatro años tratados con sulfarsenol; se debe a que estos niños con venas útiles para recibir inyecciones endovenosas, son tra-

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

tados con cianuro de mercurio. En un trabajo presentado en la Sociedad de Médicos del Hospital General, encomiaba este tratamiento. Ahora me atrevo a decir que el sulfarsenol en los niños menores de cuatro años debe ser el tratamiento de elección, da resultados más seguros, se puede usar en las erisipelas generalizadas y no parece producir trastornos en el aparato renal, lo que no pasa con el tratamiento mercurial.

Resumen de los niños atendidos de enero de 1931 a junio de 1932:

Total de niños atendidos	53
Total de defunciones	12
Mortalidad global	22.6%
Total de niños tratados por sulfarsenol	17
Defunciones en niños tratados por sulfarsenol	2
Mortalidad en niños tratados por sulfarsenol	11.7%

Si se excluyera uno de estos niños por no haber recibido en la recidiva de su padecimiento inyección diaria de sulfarsenol, entonces la mortalidad bajaría a 6%.

Sin pretender, con los pocos casos tratados, llegar a ninguna conclusión, sí creo que se pueden hacer las siguientes indicaciones.

1a.—El sulfarsenol debe recomendarse en la erisipela de los niños.

2a.—Debe usarse en inyección diaria.

3a.—Tres o cuatro inyecciones sucesivas no parecen producir ninguna manifestación tóxica.

4a.—La dosis recomedable es centigramo y medio por kilo de peso, en el primer año.

5a.—De uno a cuatro años no es necesario llegar a esas dosis.

México, D. F., diciembre de 1932.

Antonio Gómez.

''COLENOL''
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
LLANO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

LA SIFILIMETRIA

Un Método de Tratamiento Antiluético que Debe Establecerse en México

Dr. Alfonso Castrejón *Dra. Fira Mouchkatine de Castrejón*

Nuestro propósito al traer al X Congreso Médico Nacional esta Nota, es el de pedir al Cuerpo Médico Mexicano, aquí representado, su juicio sobre ella, y si merece su aprobación, que consecutivamente el mismo Congreso patrocine la divulgación del método que proponemos, tanto en el ejercicio personal, como pidiendo su implantación a las autoridades Sanitarias, a la Beneficencia Pública y a la Privada, en los Hospitales, Dispensarios Venéreo-Sifilíticos, etc., a fin de lograr el positivo establecimiento de la Sifilimetría en nuestro país, cuyos beneficios son fáciles de prever.

Presentamos a ustedes un método apoyado en la documentación de Institutos que lo practican con exito desde hace 16 años, en los dictámenes de Congresos Serológicos Internacionales convocados por el Comité de Higiene de la Liga de Naciones, y por último, apoyado también en nuestro trabajo personal desarrollado en los años que lo hemos estudiado, y que es, como el Maestro Cervera me decía, al darme su valiosa aprobación, "paginas vividas por nosotros mismos en los laboratorios".

Rogamos a ustedes insistentemente se sirvan darnos su opinión sobre el método que vamos a describir, y nuestro ruego lleva al más vehemente encarecimiento, para aquellos Congresistas que se han especializado en cualquiera de los aspectos serológico, clínico y de Sanidad Pública que presenta nuestro trabajo.

Particular satisfacción nos causará oír la sapiente crítica de los Doctores Perrín, Cervera, Mooser, dentro del aspecto serológico; la de los doctores Leopoldo Escobar, Brioso Vasconcelos, Gea González, en la fase clínica, y la de los doctores Malda, Ulises Valdés, Miranda, Landa, Gómez Jáuregui, Villanueva, Melo, Castillo Nájera, Torres Torija, Tomás Iglesias, acerca de su aplicación en la Sanidad Pública. Hemos mencionado estos nombres por ser ineludiblemente conocidos de quienes vivimos en México, pero estamos seguros de que otras inteligencias tan conspícuas están diseminadas en todo el país, y a ellas también alcanza nuestro atento ruego.

La implantación de la Sifilimetría en México, es una necesidad médica fundamental que permite poner en manos del clínico cifras que cualitativa y cuantitativamente, determinan la infección sifilítica y su grado; permite aplicar, continuar o sustituir, el medicamento antiluético elegido, y finalmente conocer el momento preciso en que la infección sifilítica ha sido vencida.

Si seguimos practicando, como hasta hoy, el cuidado del sifilítico, médico y sífilis, en reprensible complicidad, seguirán viendo desfilar con insignificante provecho, sifilíticos desacertadamente cuidados, por dispensarios, consultorios y Laboratorios, haciendo gravitar sobre el peculio particular del paciente y sobre el Erario Público, gastos que merecen mejor aplicación.

El problema de la sífilis, planteado por

Vernes en 1916 en Francia, con el establecimiento del Ler, Instituto Profiláctico Antiluéptico, que fué ayudado por todos los Institutos Científicos Franceses, reconocido como de Utilidad Pública, y seguido por 86 institutos semejantes esparcidos en el mundo entero, ha definido el método que debe seguirse racionalmente en la actualidad en el tratamiento de la sífilis. Este método es el de la Sifilimetría.

Ehrlich, el Maestro de Frankfurt, al estudiar las estadísticas de Vernes en 1914, y al ver con qué puntualidad asistían los enfermos al Instituto para seguir su tratamiento, no pudo menos que expresar su estupefacción manifestada con frecuentes "kolosal" cuando él, en Frankfurt, con dificultad hacía que fueran a inyectarse, como máximo, tres veces.

El motivo de la sorpresa de Ehrlich era mayor aún al considerar el tradicional desdén y la burla que el francés hace al juzgar todo lo que a Venus se ofrece. El Dr. Vernes dió la clave de su éxito al Maestro Frankfurt, diciéndole: "El secreto está en haber establecido un método gráfico de observación, que implica una convicción suficientemente imperiosa, PARA IMPONERSE AL ENFERMO MISMO".

Es algo semejante a lo que con tanto éxito practica Joslin, en Boston con sus diabéticos. Con cifras que el mismo diabético obtiene, controla su propio tratamiento. Joslin los enseña; en forma amena, los constituyentes de cada alimento, la acción de la insulina, la dosificación fácil de la glucosa de la orina, y el diabético, indefectiblemente con este método gráfico se impone la tarea, ya vuelta agradable, de curarse con asiduidad, pues conoce con precisión la cantidad de medicamento que debe inyectarse, cuándo debe dosificar la glucosa de su sangre, y hasta qué punto puede permitirse azúcar su régimen y su vida. Este procedimiento ingenioso de Jorlin, hace que el tratamiento largo y molesto de la diabetes, se transforme en un motivo de estudio, de interés y hasta de solaz para el enfermo.

El Método de Vernes, como se practica en los Institutos Profilácticos de su modelo, consiste fundamentalmente en el tratamiento no interrumpido del sifilítico, acompañado del control serológico, periódico, continuo y prolongado. Este examen del suero por el método fotométrico de Vernes, de cifras con las que se establece la gráfica de la infección, la que es conocida del enfermo, y despierta su interés por tratarse. Cuando esta cifra es cero en la sangre, se empieza a hacer el mismo estudio gráfico con el líquido céfalo raquídeo. Cuando también en él la gráfica marca cero en ocho exámenes consecutivos, siendo el último precedido de reactivación arsenical, el enfermo se considera curado y se le da de alta. Se le aconseja solamente que repita su examen de líquido uno o dos años despus o en cualquier fecha forzosamente, si trata de contraer matrimonio.

Las ventajas de su método son numerosas; los 16 años de éxito lo demuestran. Enumeraremos mejor los inconvenientes, por creerlo más provechoso para su adaptación fácil a nuestro medio:

I.—La reacción serológica que él emplea en la medición de la sífilis, es la menos sensible de las que en Serología préutica existen.

II.—Requiere la instalación de Institutos equipados con aparatos costosos; sólo el tofómetro vale catorce mil francos.

III.—El manejo de esos aparatos requiere preparación técnica, larga y especial.

IV.—En nuestro medio sería casi imposible lograr los ocho exámenes consecutivos del líquido céfalo-raquídeo.

Habiendo expuesto someramente las ventajas y señalado los inconvenientes del método, creemos que su más fácil adaptación a nuestro medio, puede lograrse en la forma siguiente:

I.—Tratamiento sin interrupción hasta la curación del enfermo.

II.—Examen serológico periódico, cada dos meses y sin suspender el tratamiento: en esto consiste la Sifilimetría propiamente dicha.

III.—Para esto, el médico puede mandar hacer, o hacer personalmente si lo desea, la reacción cualitativa de Kahn, que no requiere aparatos ni técnica especiales. Si dicha

reacción es intensamente positiva, se procederá a determinar el número de unidades luéticas del suero, ocurriendo a los laboratorios donde se practique la determinación cuantitativa de dichas unidades. En México, desde luego, los médicos no encontrarán dificultad alguna para esta determinación, pues el Director de la Beneficencia Pública, General José María Tapia, ha aprobado ya un ante-proyecto para la instalación de un Instituto Profiláctico en el que gratuitamente se practicará la Sifilimetría. Conociendo las relevantes cualidades del General Tapia, no dudamos de que este ante-proyecto pronto será una realidad. Añadiremos por ser de justicia, que la implantación de la Sifilimetría ha sido admitida como método oficial por primera vez en México, por el progresista Jefe del Servicio Médico de los Ferrocarriles, Dr. Francisco J. Campos L.

Hecho este justísimo aparte, reanudamos la descripción del procedimiento.

El médico recibe cifras del laboratorio, con las que hace gráficas que marcan el grado de infección del enfermo, y a quien debe enseñarlas para despertar su interés y obligarlo a seguir el tratamiento con asiduidad. El estudio de las variaciones de la gráfica indicará al médico, lo mismo que al enfermo, si el medicamento que se está usando para tratarlo es eficaz o debe sustituirse.

El médico encontrará en este estudio gráfico, de infección el mejor auxiliar de su tratamiento, particularmente en los casos en que las reacciones habituales marcan sistemáticamente y a pesar de tratamientos intensos "reacción fuertemente positiva", pues en ellos, las reacciones cuantitativas que proponemos, expresan matemáticamente el grado de infección, que de otro modo sería imposible conocer. Así verán los médicos, que el número de sifilíticos irreductibles disminuirá considerablemente, que no existe tal rebeldía de la infección al tratamiento, sino que tan solo una inadecuada medición de la intensidad de su infección.

III.—Cuando la gráfica marca cero cuatro veces consecutivas en los exámenes luéticos del suero sanguíneo, se practicará la reacción serológica acompañada del examen sitológico y químico, del líquido céfalo-raquídeo, por dos veces, con cuatro meses de intervalo, y procediendo al último de estos exámenes de una reactivación arsenical. Si estos últimos exámenes son satisfactorios, se puede dar de alta al enfermo, haciéndole idénticas recomendaciones a las que ya dijimos que se hacen en el Instituto Profiláctico de Vernes.

Esto es, en síntesis, el Método Sifilimétrico, cuya implantación proponemos y en la forma en que lo hemos practicado en México, desde hace años con clientes particulares.

Además de las ventajas enumeradas, tiene otra gran importancia para el enfermo: su médico ya no suspenderá el tratamiento para ordenarle que se hagan las tres reacciones luéticas, que hasta la fecha han sido consideradas como clásicas, que para el enfermo son costosas, y en gran número de veces, impracticables por esto mismo. En lo que se

AMBULANCIA

Perfectamente Atendida para enfermos no infecciosos

Servicio día y noche. - Precios muy reducidos

Pídala Ud. a la

Agencia Eusebio Gayosso

Av. Hidalgo No. 13

TELEFONOS:

Mexicana: L-00-13. L-80-13. L-10-06

Ericsson: Servicio por nombre.

Pida Agencia Gayosso

Señores Médicos: para los casos que Uds. crean conveniente proporcionaremos este servicio al precio mínimun posible

refiere al médico, las mencionadas tres reacciones son innecesarias, como se demostró en el Congreso de Serología de Copenhague en 1928, pudiendo ahora limitarse a ordenar una simple reacción luética cuantitativa de Kahn, la que a pesar de tener que practicarse cada dos meses, resulta siempre menos onerosa al enfermo, pues se podrá practicar en Laboratorios de Beneficencia. Además, aun en el supuesto caso de que tuviera que hacerse en laboratorio particular, costaría mucho menos, porque la práctica de dicha reacción cuantitativa, no tiene dificultad mayor que la de una simple dosificación de albúmina de la orina.

Preferimos la reacción cuantitativa de Kahn como método sifilimétrico, porque no necesita aparatos especiales, su ejecución es sencilla, la preparación de su antígeno no es secreto comercial, y por su particular sensibilidad que ha sido comprobada en los Congresos Serológicos de Copenhague en 1928, y en el de Montevideo en 1931.

Si los señores Congresistas se interesan en conocer prácticamente la reacción de Kahn, y si en el Colegio de San Nicolás o en algún Hospital que el Congreso designe se me facilita local para realizarla, tendré positiva satisfacción en hacerla. Digo esto, para llevar al ánimo de los señores Médicos que me escuchan, la convicción de que realmente es practicable dicha reacción sin preparación especial de laboratorio.

Siendo el tema que hemos desarrollado tan amplio en lo que a detalles se refiere, es casi seguro, que en nuestra exposición algunos puntos hayan quedado sin la suficiente claridad. Tanto en ellos, como en lo que a gráficas, documentación general, se refiere, técnicas, etc., me pongo a la disposición de todos los señores congresistas.

A ellos vuelvo con mi ruego anterior, para que discutan y fallen en este asunto; y no me creo impertinente con mi insistencia, porque tengo fe plena en que será un fallo favorable, y en que la natural consecuencia suya será la inmediata solicitud del Congreso, que se elevará a las Autoridades Sanitarias, para la implantación pronta de la Sifilimetría; lograremos así que la labor de los ciudadanos médicos que de todo el país se han servido concurrir a este Congreso, tengan una verdadera utilidad práctica; habremos así reunido lo útil a lo ameno, cristalizando nuestro trabajo en el establecimiento de un medio eficaz de lucha, para la extinción de la lacra más curable de la Humanidad.

En la Sesión de Negocios del X Congreso Médico Nacional, se Presentó el Siguiente Voto, y fué Aprobado por Unanimidad

A la Honorable Mesa Directiva del
Décimo Congreso Médico Nacional.

En la Sesión verificada el día de ayer, correspondiente a la Sección de Terapéutica del Décimo Congreso Médico Nacional, fué leído como trabajo extraordinario por el doctor Alfonso Castrejón y la doctora Fira Mouchkatine de Castrejón, **"La Sifilimetría. Un Método de Tratamiento Antiluético que debe establecerse en México"**.

Dicho trabajo fué discutido por los señores Congresistas Doctores Mosser, Meneses Hoyos, Francisco de P. Miranda, Gonzalo Castañeda, Emilio Varela, José Franco y Salvador García Téllez, habiendo llegado a la conclusión de que se pidiera a dicho doctor Castrejón mostrara en Sesión especial la técnica que se propone para llevar a efecto el mencionado método y se aprobó también que el Congreso tomara parte activa en el establecimiento de la Sifilimetría en México.

Inspirados en el voto tomado en dicha Sesión, pedimos respetuosamente a la Mesa Directiva del Décimo Congreso Médico Nacional, los siguientes puntos:

I.—Que el Congreso declare que el método Sifilimétrico propuesto por los doctores Castrejón, debe implantarse en México.

II.—Que se nombre una Comisión compuesta de seis miembros del Congreso, pa-

ra que se acerquen a las Autoridades Sanitarias, Civiles y Militares, a los Jefes de las Beneficencias Pública y Privadas, a los Directores de Hospitales y de las Escuelas de Medicina, para que se implante dicho método Sifilimétrico, para lo cual el Congreso propone:

a).—Creación de uno o varios Institutos Profilácticos Antiluéticos, en los que se practique la Sifilimetría.

b).—Establecimiento de la práctica de las reacciones cualitativa y cuantitativa de Kahn, como método oficial para la práctica de la Sifilimetría, en los Laboratorios Públicos ya establecidos.

c).—Que en todos esos establecimientos se tome como consultor para el establecimiento de la Sifilimetría a los doctores Castrejón, quienes espontáneamente se han ofrecido para el caso, comprometiéndose a hacer esta comisión sin retribución alguna y sin que entrañe para las Autoridades Sanitarias compromiso alguno, la intervención de dichos doctores en el establecimiento del método mencionado.

d).—Proponemos que el congreso designe, por creerlo conveniente, para el pronto logro de este asunto, a los señores doctores: Francisco de P. Miranda, Salvador García Téllez, Emilio Varela, Erasmo González Ancira y Eduardo Gómez Jáuregui.

Colegio de San Nicolás. Morelia, Mich., diciembre 10 de 1932.

Rúbricas de los Sres. Dres. **Ulises Valdés, Angel Zimbrón jr., Leopoldo Escobar, E. Montaño, Emilio Varela, E. Gómez Jáuregui, D. Gurría Urgell, Ignacio Chávez, Rafael Santamarina, E. González Ancira, Agustín Aragón, J. Meneses Hoyos, Francisco de P. Miranda, J. Baca G., E. Olivares, Rafael Campuzano, Juan Mora, Manuel Manzanilla.**

"PULMOSEPTINA"

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

Certificados médicos de distinguidos bacteriólogos de la capital

No. de Registro 2429 Patente No. 1871

Casa Bezanilla

Algunas Consideraciones Acerca del Cancer Uterino

Dr. Juan Velásquez Uriarte

Me voy a permitir recordar algunos puntos importantes acerca del CANCER UTERINO, que no por ser tan conocido y temido, deja de ser útil insistir en algunos pormenores que se refieren más a la práctica médica diaria, que a la labor científica que tanto preocupa a los experimentadores que trabajan intensamente a fin de explicar las causas existentes y la biología del maligno proceso. En los tiempos presentes, cuando tranquilamente observamos, los que ya hemos vivido épocas anteriores, la impetuosidad de tantas actividades hacia un progreso más o menos eficiente, notamos que los pueblos más civilizados son los que tienen el deplorable aumento de distintas enfermedades de alta mortalidad.

El cáncer es uno de estos males de la alta civilización y para corroborar este acerto, bastará decir que los datos estadísticos recogidos seriamente, acusan una mortalidad de más de 100.000 enfermas anuales de cáncer uterino, a pesar de las técnicas precisas y de la aplicación del radio y rayos X.

Generalmente se acepta que el cáncer uterino es de los más malignos y que los progresos terapéuticos hasta hoy realizados para combatirlo, aun no han producido resultados satisfactorios. No obstante la vibrante publicidad de información que se hace con respecto a la terapéutica más eficaz y aun del reconocimiento de los síntomas precoces o mejor expresado, precancerosos, el número de enfermas atacadas de cáncer pasa del 65% de las que padecen endocervicitis crónicas, y por consiguiente, cuando acuden al médico para ser tratadas, acontece que la aplicación terapéutica elegida apenas si logra mejorrlas; de tal suerte, que la mortalidad por el cáncer es alta.

Sería de desear, en vista del fracaso que resulta al tratar cánceres avanzados, que se hiciera un esfuerzo educativo en relación con las condiciones sintomáticas o trastornos patológicos que preceden al cáncer, a sabiendas de que al principio de su desarrollo será curable.

Se logará evitarle, cuando en su oportunidad se corrijan los estados patológicos que preceden a la malignidad del padecimiento, a fin de evitar la posibilidad del trágico mal.

Aun cuando no se haya descubierto la causa que origina el cáncer, en cambio sí sabemos que este mal puede estallar en las regiones donde existen irritaciones crónicas. Estas irritaciones, sean de origen químico, físico, etc., producen proliferaciones epiteliales, que pueden trasformarse en producciones malignas. El factor provocador causante de este cambio, puede ser la irritación constante que produce todo proceso inflamatorio crónico. Esto está bien averiguado por lo que toca a las cervicitis y dilaceraciones del cuello uterino. Ewing afirma que el 70% de los cánceres cervicales son precedidos de endocervicitis crónica. Esta inflamación del cérvix que generalmente se manifiesta por flujo leocorreico, puede considerarse como un estado precanceroso. Así, pues, es conveniente para todo médico, y no sólo, sino que es un deber de los gine-

cólogos y parteros, apreciar y tratar a fondo estas lesiones crónicas, que tan ligeramente se han considerado, a fin de evitar la transformación maligna.

No es raro que en las consultas privadas, las enfermas refieran con toda tranquilidad que vienen padeciendo flujo desde mucho tiempo atrás y aun desde antes de casarse, sin darle a estas pérdidas gran importancia. La educación médica podrá inducir a las señoras a obligarse al examen ginecológico de tiempo en tiempo para imponer el remedio en su oportunidad. De este modo se evitarán muchos cánceres cervicales. Los estados precancerosos del útero se manifiestan por proliferaciones epiteliales; así es que la proliferación del epitelio del fondo uterino o de sus glándulas en formas especiales, como la endometritis polipoides, las endometritis adenomatosas y las hiperplasias glandulares, pueden considerarse como estados precancerosos. Cuando estos procesos se encuentran en enfermas de cuarenta años o más, no habrá que dudar; la histerectomia abdominal o vaginal estará indicada. Hay otro recurso para las pacientes que presentan las lesiones dichas; después de un legrado comprobador, se aplicará el radio en dosis a propósito para lograr la atrofia del epitelio y de las glándulas. Es bien sabido que la evolución cancerosa del cuerpo uterino es menos frecuente que la del cérvix. El tipo del carcinoma es el del adeno-carcinoma. Raras veces se ha encontrado el tipo escamoso y cuando así sucede dependerá de la transformación metaplástica de las células glandulares. Este carcinoma aperece generalmente después de la menopausia. Su evolución es lenta y también la tendencia metastásica es tardía; esta propiedad parece depender de que los linfáticos que drenan el fondo uterino estarán, en esa época de la vida, bloqueados por los cambios atróficos seniles, que ocurren generalmente a esa edad en la mujer. Esta y no otra, es la razón para aseverar que el cáncer del fondo uterino es menos maligno que el que ataca al cérvix. La sintomatología en tales casos, se presenta a menudo en la menopausia, comenzando con pérdidas de sangre o de un líquido sero sanguíneo; a veces hay ligeras pérdidas acuosas que escorian la vulva; estos síntomas pueden durar un tiempo largo, antes de aparecer los caracteres neoplásicos más claros. Tanto es así, que se ven enfermas anemiadas por las pérdidas de sangre sin aparecer otras huellas del carcinoma cavitario; la proliferación del tejido neoplásico es lenta y la invasión de los tejidos uterinos es tardía.

La extensión del cáncer del cuerpo a órganos lejanos, se hace por dos caminos: el ligamento redondo por sus linfáticos lleva las celdillas cancerosas a los ganglios inguinales; la red de vasos linfáticos que corren en el ligamento ancho se vacían en el canal colector, el cual atraviesa al borde superior del ligamento y desemboca en los ganglios ilíacos y lumbares. Este carcinoma, principalmente el del fondo uterino, presenta pocos síntomas positivos, a excepción del flujo sangriento; así, pues, sólo el examen del producto de un ligero raspado, asegurará el diagnóstico; así también, a causa de su lento crecimiento y retardadas metástasis, el pronóstico es menos severo que el del cérvix. Por consiguiente, dadas las condiciones más favorables del desarrollo de este carcinoma, el tratamiento radical que se emplee dará mejores resultados que el del cérvix, aun cuando no se llegan a tratar radicalmente estas enfermas, duran tres o tres años y medio. El tratamiento será el quirúrgico, histerectomia total vaginal; siempre que no haya invasión hacia los ligamentos, pues en tal eventualidad la cirugía estará contraindicada.

El carcinoma del cérvix ocurre en el 30% del total de carcinomas en la mujer. Según Polese, el 70% ocurre cuando ha existido la endocervicitis crónica, que por cierto es frecuente en la edad de 30 a 50 años; por consiguiente, este estado endocervical será propiamente el precanceroso y deberá considerarse como el estado latente del principio del cáncer del cuello uterino. Por este hecho indiscutible se deberá tratar radicalmente toda endocervitis persistente en este período de la vida femenina (30 a 50 años). Obrando así, se habrá eliminado la posibilidad de la

aparición del cáncer cervical y por tanto, esta será una de las mejores medidas preventivas en contra del cáncer uterino.

El examen periódico de las mujeres en la vida activa genital será indispensable, a fin de descubrir las condiciones precancerosas dal cuello, en vista de que tratadas oportunamente se evitara la aparición del cáncer. Clínicamente pueden considerarse dos tipos del cascinoma cervical:

El escamoso que se origina del epitelio vaginal del cérvix; el segundo tipo es el adenocarcinoma del cnal cervical. La celdilla carcinomatosa del tipo escamoso, comienza como se sabe, por un pequeño grupo de nódulos, rojos y fácilmente desmenuzables sobre la superficie cervical, con apariencias de una simple erosión. Este tipo escamoso es el que, abandonado a su propia evolución, gradualmente aumenta en dimensiones por la exuberante proliferación de las celdillas cancerosas, transformándose en una excrecencia en forma de coliflor que invade todo el cuello; en este estado de desarrollo, la invasión de los tejidos profundos es efectiva; la malignidad del cáncer en este estado es intensa, las celdillas se necrosan y comienzan las hemorragias por la ulcerción que se proaduce. La proliferación continúa a la vez que la invasión de nuevos territorios y las metástasis al segmento inferior de la musculatura uterina y a la base de los ligamentos anchos o sea el parametrio. A este ataque de invasión se une la infección secundaria que provoca exudados inflamatorios alrededor de los núcleos metastásicos; este empuje de invasión abarca la zona delicada del ureter con los vasos sanguíneos que están en próxima relación de él. Los linfáticos y ganglios de esta región (base del ligamento ancho) constituyen la primera línea de defensa que el organismo presenta para evitar la tendencia invasora maligna. Después de que estas primeras defensas son vencidas, la invasión continúa sin tregua, atacando por metástasis los ganglios linfáticos pélvicos a lo largo de los vasos iliacos y aun los ganglios aórticos. Quiere decir, que una vez destruida la primera defensa positiva, las pacientes están perdidas y de hecho, hemos visto morir a estas desdichadas carcinomatosas del cérvix a consecuencia de hemorragias profusas, de caquexia, de infección renal motivada por la compresión ureteral, y de uremia por la misma causa. El origen del carcinoma cervical, como es sabido, viene del epitelio pavimentoso del cérvix o del epitelio glandular del canal cervical. Sucede, que por no estar a la vista fácilmente la superficie glandular del cuello, el desarrollo epiteliomatoso no aparezca claramente a una exploración ligera; así, que cuando se cerciora el ginecólogo de la existencia de este carcinoma, clínicamente será difícil distinguirlo del otro tipo, del escamoso; sólo el microscopio podrá determinarlo, puesto que la extensión invasora de este tipo maligno es semejante al escamoso en cuanto a su apariencia macroscópica. La propagación del cáncer al segmento uterino inferior y las metástasis al parametrio y ganglios pélvicos, ocurren por intermedio de los linfáticos que están en la zona media. Hasta aquí pudiera considerarse esta maligna producción como limitada a la cavidad

La Droguería y Farmacia de Regina, S. A.

Ejerce en su Departamento de Farmacia una escrupulosa vigilancia para que las recetas de los Señores Médicos sean preparadas rigurosamente según su indicación y con productos frescos y de primera calidad.

SERVICIO ESPECIAL A DOMICILIO.

Abierto de 7.30 a. m. a 9.30 p. m.
Domingos, de 8 a 1 .

LLAMENOS POR TELEFONO Y SERA INMEDIATAMENTE ATENDIDO

DROGUERIA Y FARMACIA DE REGINA, S. A.

5 DE FEBRERO Y REGINA.
Teléfonos:
Eric. 2-18-50 Mex. J-14-36.
Apartado 71-07. MEXICO, D. F.

pélvica; pero en casos más avanzados, las metástasis pueden alcanzar los canales iliacos hasta tocar los ganglios lumbares. Además, en ese estado de desarrollo y en casos más serios, se encontrarán metástasis lejanas y entonces, el estado local denunciará la gravedad del caso, puesto que se notará que la vagina y vejiga están invadidas, siendo esta manifestación anuncio de la última etapa de la evolución cancerosa; en este período es cuando aparecen las fístulas vesico-vaginales y recto-vaginales. Los síntomas propios que pueden acusar directamente la malignidad del proceso cervical se presentan pocas veces claros en la primera época del desarrollo o evolución epiteliomatosa, que por esta circunstancia muchas enfermas se pierden por falta de diagnóstico oportuno. Las estadísticas indican que el 70% de pacientes atacadas de cervicitis, tienen flujos sangrientos cuando el carcinoma está ya en un período avanzado. Por tal motivo se impone el examen periódico de las señoras, sobre todo en la edad del cáncer, para poder denunciar, no solo la época de las endocervicitis tenaces y que constituyen el período precanceroso, sino para diagnosticar en temprana hora el carcinoma del cérvix. Los síntomas comienzan a esbozarse con un ligero flujo vaginal serosangriento y la particularidad de ese flujo carcinomatoso es que aparece entre los períodos menstruales, contrariamente a lo que pasa con las fibromatosas que se quejan de la prolongación de dicho período. Fuera de estas pérdidas sanguinolentas, existen flujos purulentos mezclados con sangre debidos a la infección de las masas malignas. Al avanzar el desarrollo y evolución del carcinoma se destruyen los tejidos produciendo erosiones, excavaciones más o menos profundas, que atacando los vasos arteriales y venosos producen intensas hemorragias; éstas, que se suceden en varios casos profusamente, provocarán anemias agudas las que acompañadas de la infección bacteriana acaban por conducir a las enfermas a un estado precario de caquexia.

El tratamiento del carcinoma tiene escollos difíciles de resolver algunas veces. A pesar de tantos esfuerzos científicos desarrollados a fin de descubrir el agente biológico específico que produce la malignidad del neoplasma y la reacción química que los tejidos circunvecinos de defensa oponen al mismo, nuestro conocimiento no se aclara y por consiguiente el tratamiento apropiado queda aún en el tapete de la discusión. Así pues, el modo de combatir esta progresiva enfermedad será empleando los elementos terapéuticos que proporcionen los mejores resultados en su aplicación, en vista de no poseer la verdadera acción de causa a efecto. El tratamiento que deberá emplearse en semejantes casos (carcinomas después del primer período de evolución) está por encontrarse y no será remoto, según lo expresé ante la H. Academia de Medicina (trabajo reglamentario), que, tal vez llegará a descubrirse algún suero que inyectado en la circulación obre, ya sea directamente atacando las celdillas propias del cáncer y de este modo obtener su desintegración o produciendo una reacción estimulante en los tejidos circunvecinos a la zona cancerosa, a fin de que reaccionando en su propia defensa, impidan la propagación tan rápida y pueda ser combatido el enemigo con cualquiera de los elementos que son tan conocidos. Este modo de pensar, que es teórico, desdíchadamente ha servido muy a menudo para pregonar curas verdaderas por medio de diferentes medicamentos; no es de extrañar que todos ellos fallen a causa del insuficiente conocimiento que tenemos respecto del virus canceroso y de su naturaleza bioquímica.

Puesto que no tenemos aún la terapéutica bioquímica que pueda garantizar, o mejor dicho, que cure el cáncer, nos vemos obligados a emplear otros métodos. El tratamiento quirúrgico iniciado por Freund, detallado y mejorado por Wertheim fué practicado por todo el orbe. Los resultados que se obtienen con este método difieren y esta diferencia en el éxito bueno o malo, depende más del progreso de la enfermedad que del procedimiento empleado. En efecto, todos los cirujanos ginecólogos tienen casos brillantes como resultado de una intervención quirúrgica o de la aplicación del radio o rayos X; pero esto depende de la oportunidad de la interven-

ción, cuando aún el proceso estaba circunscrito al cérvix y el parametrio sano o poco afectado. En esta etapa de evolución cancerosa, las estadísticas serias arrojan el 45% de curaciones a largo plazo; se sabe que la mortalidad en los casos quirúrgicos era del 15 al 20% y operando casos más avanzados, la mortalidad alcanzó el 30%. Felizmente la cirugía abdominal ha establecido sus puntos de vista técnicos tan claramente, que han servido para asegurar la vida de las pacientes.

Se dividen los cánceres en operables e inoperables. El grupo de inoperables provocó un esfuerzo de parte de los operadores y sirvió para perfeccionar sus técnicas y proponer algunas modificaciones útiles. Así, en casos inoperables se tiende a destruir el foco canceroso por medios químicos, como el cloruro de zinc, la acetona, etc., y también por medio del calor, sea en forma de vapor o con la electrocoagulación. Los resultados en varios casos eran buenos desde el punto de vista paliativo, puesto que alivian los dolores, destruyen la septicidad y detienen las hemorragias temporalmente. Algunos casos tratados de este modo fueron sorprendentes. Estudios hechos acerca de la resistencia al calor que tiene la celdilla cancerosa, demostraron que a 116° F. moría dicha celdilla; el problema era entonces aplicar el calor de tal modo, que solo la celdilla cancerosa fuera atacada, salvando los tejidos sanos. Fundado en esto se han empleado, el termocauterio, el electrocauterio, haciendo ensayos profundos sin haber alcanzado el ideal perseguido; el completo aniquilamiento del elemento canceroso. La electrocoagulación, que es el agente terapéutico más perfeccionado de los medios que proporciona el calor, fué empleado por Doyen y Nagelschmit con resultados inmediatos excelentes, pero no se obtuvieron los benéficos efectos deseados, sino en la primera etapa del desarrollo canceroso. Cierto es que este modo de aplicación del calor puede ser controlado, aumentando o disminuyendo su acción por medio de las dimensiones de los electrodos y de la cantidad utilizada de una corriente bipolar de alta frecuencia. Con este procedimiento se obtienen resultados equidistantes a los obtenidos por la cirugía, puesto que obra destruyendo todo el tejido maligno sin pérdidas de sangre y evitando las molestias post-operatorias, pues que los nervios sensitivos de la región serán coagulados y no habrá absorciones peligrosas porque los linfáticos quedarán igualmente electrocoagulados. La reparación a posteriori, será normal y sin perturbaciones graves.

Como antes dije, este agente terapéutico tiene algo de seductor, pero su éxito benéfico depende del momento oportuno en su aplicación; este momento clínico terapéutico es el difícil de atrapar. Por consiguiente, hoy más que nunca, puesto que tenemos el conocimiento pleno de lo que significan las cervicitis y sobre todo, las endocervicitis crónicas acompañadas o no de las rupturas del cuello postpartum, será más efectiva nuestra acción si nos proponemos tratar radicalmente estas lesiones que, a primera vista, parecen ligeras y que en el fondo, según queda apuntado, son en un 70% (Ewing y Thomas) de las enfermedades ginecológicas, el manantial del cáncer uterino. Hay otros procedimientos como el radio, rayos X y electrocoagulación combinados, que han producido excelentes resultados, pero se comprende, en casos bien circunscritos; en los avanzados, tienen efectos paliativos de gran utilidad que se deben aprovechar en beneficio de las enfermas; el problema del tratamiento del cáncer entraña la alta responsabilidad que se liga a la vida o sobre vida que pueda pronosticarse en relación con los conocimientos reales y positivos que nos proporciona el arte de la terapéutica actualmente. Se objetará que será difícil pronosticar el límite de la vida; yo pienso que el estudio y aplicación de los detalles que circundan cada caso particular, proporcionará datos suficientes para un pronóstico probable. En una palabra, el mejor camino de seguir será el que está produciendo resultados brillantes y es:

1o.—Aplicación de radio a dosis suficientes pero que no lleguen a producir desastres en los órganos huecos, como la vejiga y recto.

2o.—A los 8 ó 10 días, histerectomía total y por fin aplicación de rayos X a posteriori.

Ahora bien, la elección entre el radio, ra-

yos X y la cirugía está aún en discusión. Además, muchos de los que abogan por el tratamiento del cáncer por radio o rayos X están familiarizados con estos elementos y tal vez desconocen otros.

Finalmente; los tres elementos citados no deberán considerarse independientes ni antagónicos, son más bien suplementarios unos de otros. Saber elegir uno u otro, o asociarlos, esta es tarea del clínico experimentado.

De la suscinta relación que precede se puede concluir:

1o.—El cáncer es curable solamente cuando se ataca en su primera evolución, estado precanceroso y primer estado de evolución circunscrita.

2o.—El tratamiento de las endocervitis crónicas por medio de la electrocoagulación previene o evita el 65% (Polese) de los cánceres de este origen. Excelentes resultados se obtienen también con la operación de Sturndorf o la de Schroeder modificada.

3o.—Los medios terapéuticos más eficaces que emplear en los cánceres no muy avanzados en su evolución, son: la cirugía (operación de Wertheim con sus modificaciones actuales), los rayos X y el radio, apegándose a las indicaciones precisas que la experiencia aconseja.

El Poder de Mitigar el Dolor es Propiedad Específica de la Termoterapia

Debido a su capacidad en mantener por un período largo el calor húmedo la

Antiphlogistine

quita la congestión local por medio de la hiperemia que provoca. Rompe la estasis vascular y trae como consecuencia de la activa circulación, el alivio al dolor y la desaparición más rápida de la inflamación y sus consecuencias.

La Antiphlogistine es un analgésico eficaz en todos los casos de inflamación en que prevalece el dolor y malestar.

La Antiphlogistine conserva su calor por un período de 12 a 24 horas, obviando la necesidad de cambios continuos ocasionados por otras formas de cataplasmas.

MUESTRAS A SOLICITUD

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St., Nueva York, N. Y.

Representados en México por:

SANBORN HNOS., S. A.

Av. Madero No. 4, México, D. F.

CIRUGIA DE TORAX

Cirugía de la
TUBERCULOSIS PULMONAR

Dr. George F. Shaub de Honolulu- Islas Hawai

Traducida del inglés por el Dr. F. Rueda Magro

Rápida Ojeada Acerca de la Historia de la Cirugía Toráxica

Hace poco más de veinte años, Helfreich, en sus discusiones sobre la cirugía del Tórax, llegó a la conclusión de que los cirujanos en los últimos años habían llegado al convencimiento de la ineficacia de su arte y que la cirugía toráxica en el hombre estaba muy lejos de tener resultados positivos. El comienzo de este siglo dió nacimiento a la cirugía del tórax y fué el punto de partida de su desarrollo cuyos resultados presenciamos hoy día. Es cierto, sin embargo, que los padecimientos quirúrgicos del tórax, tales como empiema, absceso del pulmón y traumatismos del pecho y su contenido, eran perfectamente conocidos desde los más remotos tiempos en la historia de la medicina. Se pueden leer muchas y notables descripciones precisas del cuadro clínico del empiema. Euryphon, el célebre médico de la Escuela Cnidia, trató el empiema con el cauterio actual. En un trabajo atribuido a Hipócrates; pero probablemente producto de la Escuela Cnidia y denominado "Afecciones Internas", el autor aconseja "cortar desde la tercera costilla hacia abajo hasta la última, entonces hacer una perforación con un trocar para evacuar una pequeña porción del líquido; la abertura es taponada con hilas y el líquido restante evacuado a los doce días." Y en los "Aforismos" de Hipócrates se lee: "Cuando el empiema es tratado sea por cauterio o por incisión, si fluye de la herida pus blanco y puro, el enfermo sana; pero si sale mezclado con sangre, viscoso y fétido, el enfermo muere". El nombre de empiema fué aplicado por los antiguos al pus de las cavernas tuberculosas del pulmón así como a las acumulaciones intrapleurales de materia, siendo las dos tratadas por abertura y drenaje. Hipócrates tenía también un conocimiento completo de los abscesos pulmonares y de sus probabilidades de perforación tanto en el árbol bronquial como en la pleura. Su tratamiento para esta enfermedad era análogo al del empiema, es decir, la evacuación del pus.

En vista del criterio perfectamente sentado de Hipócrates de la intervención quirúrgica en el empiema, llama la atención que sus continuadores y más tarde todos los cirujanos hayan dado un paso atrás, usando simples aplicaciones externas sobre la piel. Paulus Aeginetus por ejemplo aplicaba la raíz calentada de laai stolochia en aplicaciones en diversos lugares del cuello y del pecho.

Albucrasis y Celsus aconsejaban la caute-

rización y la evacuación del pus. Ambrosio Paré en sus obras, después de condenar el uso de la cauterización en los casos de asma, decía: "No hay duda de que el fin que debe perseguir el cirujano es el de hacer una abertura en la parte más declive, a fin de proveer a la materia de una salida". "Recientemente he enseñado a los cirujanos jóvenes la manera de practicar esto sin atormentar en lo más mínimo al paciente".

Las heridas de tórax y de su contenido, en virtud de los frecuentes pleitos y de las guerras, pronto encontró multitud de observadores. La sintomatología era bien conocida, de ahí que el diagnóstico estuviera en un gran estado de adelanto. Una herida de tórax, con escape de aire era prueba evidente de abertura de la pleura.

Celsus describe el esputo espumoso y sanguinolento de la disnea debido a la herida de pulmón. Es notable el hecho, sin embargo, de que el enfisema subcutáneo y el neumotórax, tan frecuentemente asociados a los traumas toráxicos, no hayan recibido atención antes del tiempo de Paré, quien dió de este último una descripción magistral. La introducción del cuadro del Neumotórax o "enfisema interno" como fué llamado primeramente, se llevó a cabo por primera vez al principio del siglo dieciocho. Hewson quien inventó el término Neumotórax, reconocía también que las adherencias pleurales podían impedir su producción.

El tratamiento de la hemorragia de la pared toráxica, siguió poco después. Algunos cirujanos usaron la cauterización, algunos el taponamiento y otros, en fin, la ligadura. Richter (1742-1812) llegaba a diferenciar si la hemorragia provenía de una arteria de la pared o del pulmón; para lo cual insinuaba detrás de las costillas una carta de baraja. Si la sangre fluía por encima de ella, era signo de que provenía de la intercostal; y si fluía por abajo era signo de que provenía del pulmón. El desarrollo de los métodos clínicos en medicina interna en los años siguientes, influyeron decisivamente en el desarrollo de la Patología Quirúrgica y naturalmente siguió a esto un perfeccionamiento de la Técnica Quirúrgica. La división del empiema en el que es debido a perforación o abscesos del pulmón o del hígado ("empyema per effusionem") y el que es debido a inflamación de la pleura parietal o visceral ("Empyema perexudationem"); es una prueba de lo que antes se ha apuntado. Nuestro "empyema necessitatis" data de aquellos lejanos días. Una vez más la opinión general se unificó con la de Hipócrates, en el sentido de que el pus en el tórax debía ser evacuado; mientras que muchos cirujanos notables en aquella época, entre otros Dupuytren y Cooper, consideraban este padecimiento demasiado peligroso para ser operado.

Entonces vinieron las guerras Napoleónicas y la experiencia obtenida, dió a los cirujanos la oportunidad de rectificar sus opiniones en muchos asuntos de cirugía de tórax. Entonces el Neumotórax fué el que recibió primeramente la atención, estableciéndose el principio de que un Neumotórax traumático debía ser cerrado inmediatamente. Esto se llevó a cabo primeramente por medio de un vendaje apretado y a prueba de aire (Larrey, 1766-1842), y más tarde por la sutura (Dieffenbach). El corazón hasta 1896 fué un "noli me tangere" quirúrgico. Pero en ese año, después de intentos sin éxito hechos por Farina y Capellen, Rehn con éxito suturó una herida penetrante del ventrículo derecho, con recuperación del enfermo. Hipócrates consideraba las heridas del corazón mortales de necesidad; y esta opinión fué compartida por todos los cirujanos de la antigüedad y de la Edad Media. Se reconocía sin embargo que el desenlace fatal se retardaba todo el tiempo que el instrumento vulnerante permanecía en la herida. La Historia relata que Epaminondas, quien recibió una herida de corazón por un venablo, no permitió que fuese retirado de la herida hasta no saber la victoria de los Thebanos. Morgagni sabía que la muerte no era debida tanto a la herida del corazón por sí misma, sino a los trastornos funcionales debidos a la sangre que se colectaba en el pericardio. Y Ollenroth llegó a la conclusión lógica, de que se debía en estos casos ampliar la herida para fraguarle un paso al derrame sanguíneo intra pericárdico.

Ambroise Paré fué el primer cirujano que admitió que una herida de corazón podía curar. Al principio del siglo diecinueve los Cirujanos militares Larrey y Oliver relataron varios casos por ellos observados. Pero al fin del mismo siglo, los cirujanos se encontraban otra vez en duda de que se operaran curaciones espontáneas, no obstante la revista crítica de Fischer de 452 casos de herida de corazón, de los cuales muchos sanaron sin operación.

Tal era el estado de cosas prácticamente al finalizar el siglo diecinueve. Nadie había pensado en intervenir en los órganos intratoráxicos de la misma manera que ya se había hecho en los órganos intraperitoneales. Pero el ejército de Patologistas, Fisiólogos y Experimentadores en animales de laboratorio, habían puesto los cimientos para que los cirujanos transformasen este niño, a través de vigorosa infancia en madura adolescencia. Los nombres de Murphy, Tuffier, Brauer y Sauerbruch y de muchos otros serán inmortales en la historia de la Medicina por haber hecho posible este desarrollo.

La asepsia moderna en la especialidad de Tórax, así como en otros campos de la cirugía ha sido una de las bases principales en la reducción de la mortalidad operatoria. Pero al lado de esto había muchas dificultades de orden mecánico que dominar, debidas a las condiciones dinámicas peculiares que prevalecen dentro del tórax. Para el estudio completo de estos factores, el desarrollo de una técnica radiológica eficiente era indispensable, y debemos mirar esto, así como los métodos de presión diferencial como las llaves de la Cirugía toráxica en su actual estado de perfeccionamiento.

Es interesante notar que con el advenimiento del siglo actual, el Nuevo Mundo toma una parte más activa en el desarrollo de la Cirugía Toráxica, siguiendo los derroteros marcados por Murphy, Matas y otros "pioneers".

El problema de la presión diferencial fué atacado por los Cirujanos americanos tales como Northrup, Fells, O'Dyer y Matas, quienes probaron la posibilidad de la respiración artificial, por medio de la insuflación rítmica de aire en los pulmones. Poco tiempo después Sauerbruch construye su cámara de presión negativa. Esto fué seguido por la Cámara de presión positiva de Brauer y en Estados Unidos por la de Mayer. Meltzer y Auer insuflando una corriente continua de aire dentro de la tráquea mantenían la aereación pulmonar sin movimientos del tórax ni de los pulmones. Más tarde Meltzer consiguió este mismo resultado por medio de una simple insuflación intra faríngea. Finalmente la forma generalmente aceptada de presión diferencial fué obtenida por la aplicación de una máscara perfectamente ajustada sobre la cara, conectada con un tanque alimentador de Oxígeno o de Oxido nitroso suministrados a la presión deseada.

Investigaciones experimentales, la inyección de Noetzel de bacterias virulentas dentro de la pleur anormal, la experiencia adquirida durante la Guerra Mundial, y más tarde la experiencia de la práctica civil; han probado que la pleura es tan resistente como el peritoneo, siempre que sea evitado el neumotórax. Investigaciones fisiológicas, especialmente las de Graham y Bell, han confirmado la observación de que el mediastino no es una pared rígida colocada entre las cavidades pleurales, sino que con la presión se comba y que, si existe un neumotórax unilateral abierto, la acción respiratoria del otro pulmón produce la llamada vibración mediastínica (Mediastinal flutter). El desalojamiento mediatínico en este caso está en proporción directa con el tamaño de la abertura toráxica. Naturalmente las adherencias pleurales modifican este estado. Durante una intervención torácica, la presión diferencial o tracción mecánica en el pulmón expuesto, estabilizará al mediastino suprimiendo los síntomas peligroso, como el Schok y tal vez la muerte. Estos síntomas dependen en general del grado de colapso del pulmón de la capacidad respiratoria del paciente. Más aún Graham ha mostrado que la acción respiratoria produce la aspiración de fluído en los espacios linfáticos de la pleura visceral, durante la inspiración; y el reflujo de la corriente durante la expiración. Se ha probado que muchas complicaciones pulmonares

post operatorias son debidas a embolias partidas del campo operatorio, según las investigaciones de Hunt y Cutler.

Los progresos de la técnica radiológica y la interpretación de los hallazgos disgnósticos han sido muy importantes. El método de Lynch y Steward, quienes recientemente han delineado el árbol bronquial por medio de inyecciones de substancias opacas, ha sido generalmente aceptado y ha aportado ya gran cúmulo de datos sobre todo tratándose de bronquiectasis. La Toracoscopía de Jacobaeus promete ser uso común. Chevalier Jackson es seguido por una gran cohorte de continuadores en el campo de la broncoscopía.

La Guerra Mundial fué una gran enseñanza con respecto a las heridas de pecho. Quitó mucho del temor reverente con que en muchas ocasiones eran tratados los órganos contenidos en el tórax al principio. Incisiones exploradoras amplias y excisiones de tejido mortificado se llevan hoy a cabo. Pero siempre que se extirpe, si es posible, cuerpos extraños, la herida del pecho será cerrada dejando solamente un drenaje de succión en el espacio pleural. Con esto tanto el neumotórax como la mortalidad en las lesiones toráxicas, se han reducido al mínimum.

Con respecto al empiema agudo nuestras ideas han retrocedido al método cerrado de drenaje aconsejado por Buelau. Graham y Bell han mostrado que la muerte era causada principalmente por el establecimiento de un neumotórax abierto en ausencia de engrosamiento pleural o de adherencias, en el momento en que la capacidad vital estaba grandemente disminuida. La licuefacción del pus por la Solución de Dakin, determinó que Diedrich, Mazingo y otros lo introdujeran a la pleura para irrigarla frecuentemente; pero sin penetración de aire. El método adoptado por el Ejército de los Estados Unidos consiste en las aspiraciones repetidas mientras se forman las adherencias; siendo esto seguido por drenaje abierto. Pickhardt abre la pleura ampliamente por una incisión intercostal, explora cuidadosamente, abre todas las bolsas y drena hacia afuera el pus. Entonces establece el drenaje de succión a través de una pequeña herida practicada con la punta del bisturí, colocada en la parte más declive de la pleura y sutura la primera incisión "a muerte". Con referencia a la cuestión del empiema crónico, tenemos que recordar dos hechos nuevos. Una es la posible esterilización y cura de la cavidad, en muchos casos, por la Dakinización cuidadosa. La otra es la necesidad de la obliteración completa de la cavidad en el resto de los casos por medio de una operación.

Schede, Estlander, Fowler, Delorme y Ransohoff han descrito varios métodos de colapso toráxico con o sin decorticación del pulmón. Emil Beck desliza un injerto de piel con la intención de epitelializar la cavidad. Este método y una modificación de él ha producido curaciones en casos que se tenían por incurables.

Las supuraciones pulmonares, los abscesos del pulmón y las bronquiectasis han recibido un gran beneficio terapéutico con el advenimiento del siglo veinte.

La profilaxis se ha practicado por medio de una limpieza excesiva durante las tonsilectomías y por medio de la eliminación de pus y flora bacteriana en el tracto naso-orofaríngeo. En la línea de tratamiento ha sido muy prometedor el procedimiento broncoscópico de succión e irrigación de Lynch y Yankauer.

El Neumotórax artificial ha sido propuesto y practicado con éxito y, en caso de impracticabilidad, la toracoplastía ha dado buenos resultados. En afecciones apicles, Tuffier y otros han practicado con o sin compresión del pulmón por medio de grasa, parafina o músculo. Previa la evacuación de un absceso pulmonar, se han creado adherencias ya sea por el taponamiento, o por la irritación química de la pleura parietal. Así se ha evitado la producción de un empiema. Los primeros intentos de extirpar una parte o todo un lobo pulmonar, fueron seguidos de mortalidad muy elevada, en parte por hemorragia y en parte por el pioneumotórax consecutivo a la abertura de un bronquio en la cavidad pleural. Lilienthal pensó prevenir esto por medio de un drenaje a prueba de

aire puesto fuera de la cavidad del pecho o bien por medio de la sutura del muñón a la incisión del pecho. Graham lleva a cabo una insición del absceso por medio de cauterizaciones por tiempos. Durante el primer tiempo simplemente aproxima el lobo al exterior, y tapona para producir adherencias. El último tiempo puede verificarse aun sin anestesia. La hemorragia se controla fácilmente. Meyer idea ("a lung lip fistula") un procedimiento de Fístula pulmonar Catanizada, y por medio del trayecto permanente epitelializado se drena fácilmente el absceso. Los abscesos pulmonares provocados por la espiroqueta de Plaut-Vincent han sido tratados satisfactoriamente por medio de las inyecciones de arsfenamina.

Los Neoplasmas del pulmón desgraciadamente se diagnostican muy tarde, para que puedan ser tratados en este campo, el horizonte se aclara en virtud de la vulgarización de los métodos broncoscópicos y broncoradiográficos. Muy diferente es el caso de las tumoraciones mediastínicas. Los diversos métodos desarrollados por Enderlen, Sauerbruch, Torek, Lilienthal y otros han facilitado el acceso al mediastino anterior y al posterior, al grado que muchos tumores originarios de las estructuras mediastinales y del esófago, han sido extirpados con éxito.

En esta corta revista de la historia de la especialidad quirúrgica toráxica, no podemos pasarnos sin prestar la debida atención a uno de los más notables sucesos de los últimos veinte años, como son los procedimientos de tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar por la inmovilización del pulmón por medio del neumotórax artificial y los variados métodos toracoplásticos. La idea fué sugerida por James Carson, de Liverpool (1822). El aseguraba claramente: "Ha sido siempre mi opinión que si alguna vez, esta enfermedad (Tisis) puede ser curada, y no tengo motivos para retractarme de ello, debe ser llevada a cabo por medios mecánicos, o en otras palabras, por una operación quirúrgica". La opinión está basada en el hecho de que la rigidez del tórax y el constante movimiento del pulmón impide el reposo, la cicatrización y la retracción de las cavernas tuberculosas. Estas mismas premisas perduran en los casos de abscesos pulmonares y de hemorragia. Carson previó todo esto y su pensamiento estimuló, aunque mucho muy tarde a los Cirujanos del período aséptico. FORLANINI en el año de 1882 fué el primero en producir un Neumotórax artificial, y Potain en 1886 aspiró un derrame pleural tuberculoso y reemplazó el líquido por aire. Después siguió Murphy en 1898. Pero el establecimiento de las bases científicas sólidas y la introdcción del Neumotórax como un procedimiento reconocido en Terapéutica, es del mérito indiscutible de Brauer con sus discípulos y de Spengler.

Mientras la idea del Neumotórax artificial nació originariamente por la observación básica del mejoramiento de las tuberculosis pulmonares después de un neumotórax espontáneo o de la producción de un gran derrame pleural, la Toracoplastía debe su nacimiento al hecho de que la rigidez del tórax, impide la cicatrización de las viejas cavernas pulmonares. Usando este pensamiento como punto de partida, De Cérenville, en 1885, practicó la primera operación toracoplástica para conseguir la liberación del pulmón tuberculoso. En su publicación de cuatro casos, está claramente asentado que su idea era la de producir el aplastamiento de las cavernas pulmonares profundas, interrumpiendo la continuidad de los constituyentes huesos del tórax. En 1888 Quincke y Spengler cada quien por su lado, propusiéronse lo mismo por medio de la resección de varias costillas. El primero hacía hincapié en la poca eficacia de la operación en los casos de tuberculosis esclerosa. Un gran número de cirujanos procedieron según este plan y los resultados dejaron mucho que desear (Bier, Garré, Turban, Mickulicz, Landerer).

Entonces se dió el paso de combinar las ideas básicas de dos procedimientos, el neumotórax artificial y la toracoplastía parcial, concebida por Brauer y Friedrich. En esta vez no se trataba de una retracción parcial sino de la inmovilización completa del pulmón, producida por la remoción extensa de porciones de tantas costillas como sean ne-

cesarias, para producir el colapso del hemitórax y del pulmón subyacente. El resultado deseado fué obtenido correctamente desde el principio (1907), cuando Friedrich quitó una parte de la pared toráxica a petición e indicación de Brauer, quien no había podido practicar el colapso neumotoráxico a causa de las adherencias pleurales; pero lo extenso de la operación (Torcopalstía extrapleural) y su gravedad, hizo imperativo el descubrimiento de algún método que no provocara tan alta mortalidad operatoria. En poco tiempo fué un hecho tal "desiderata". WILMS (1911) practicó su "Resección columnar" que cuando fracasa da paso a la "Resección para vertebral" de Sauerbruch; la cual salvo modificaciones ligeras es el procedimiento "standard". Adelantos posteriores han sido: la división de la operación en dos o más tiempos; la neuroexéresis (Avulsión) del nervio frénico (Operación de Félix); Apicolisis con relleno o con taponamiento; y el Procedimiento toracoscópico de Jacobaeus para la sección de las adherencias intrapleurales (1913).

En el campo de la cirugía del corazón, se ha avanzado como en los otros campos de la cirugía toráxica. El corazón se rindió al fin como lo han hecho uno a uno los demás órganos toráxicos; bajo las continuas investigaciones de los Fisiólogos, de los Experimentadores en animales y de los Cirujanos audaces. Hoy la extirpación de cuerpos extraños en los ventrículos (Beausenets, Tuffier, Sauerbruch), las operaciones intracardiacas sobre las válvulas (Cutler y Levine) y la remoción de émbolos de los grandes vasos (Trendelenburg) son hechos llevados a cabo.

Así vemos que la Cirugía toráxica, que hace apenas un cuarto de siglo, se limitaba a unas que otras simples manipulaciones, ha conquistado desde entonces el lugar que le corresponde con extraordinaria rapidez. Todavía hay mucho que hacer. Las operaciones más antiguas, todavía no se han beneficiado radicalmente con los nuevos métodos de diagnóstico y de adelantos mecánicos. Pero las proezas modernas aportan un gran número de posibilidades: la extirpación de neoformaciones penetrantes de la pared toráxica, los procedimientos de toracoplastía extrapleural extensa, operaciones sobre los órganos contenidos en el tórax, la pleura, el pulmón, el mediastino anterior y posterior, el corazón y los grandes vasos, el esófago y el diafragma. Muchas de estas operaciones han sido posibles únicamente debido a nuestras modernas investigaciones y recursos, otras pueden ser practicadas ahora con toda la consideración y tranquilidad mental debidas, en vez de las apuraciones y del azar de antaño.

Para el paludismo,

pneumonia

grippe

Una combinación perfecta, que aumenta cuatro veces la acción Antitérmica de la Quinina

Para uso Hipodérmico, Intramuscular e Intravenoso. Indicado en todas las enfermedades de carácter febril, Grippe, Paludismo, Fiebres Infecciosas, Etc.

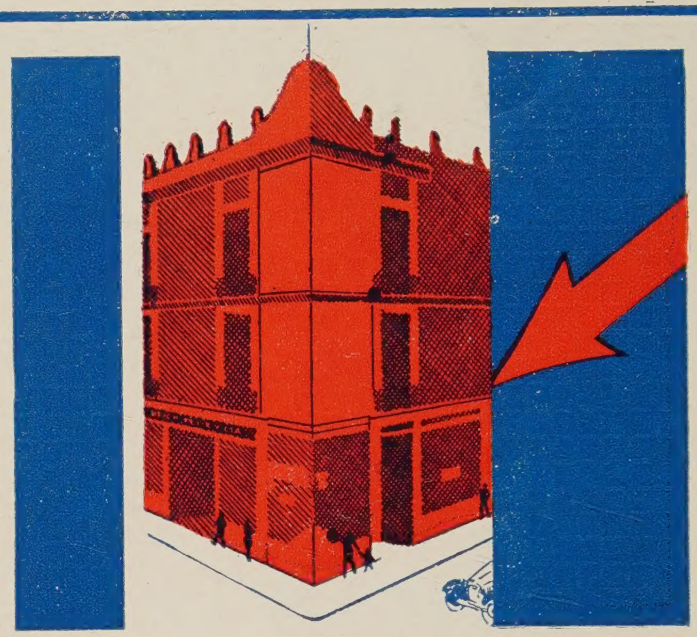
INDOLORO. - NO PRODUCE ZUMBIDO DE OIDOS. - TONIFICA EL CORAZON

SE VENDE EN CAJAS DE
5 Amp. de 5 cc, para adultos y 10 Amp. de 2 cc. para niños

Importadores: - CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica Núm. 85. México, D. F.

Quinapon



50 AÑOS

1882 1932

DE SERVIR AL PUBLICO CON EL MEJOR SURTIDO DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y ARTICULOS DE TOCADOR.

BEICK, FELIX Y CIA.

ANTIGUA DROGUERIA DE "LA PALMA".

MEXICO, D.F.

AV. MADERO 39 APARTADO 315.

Talleres Linotipográficos "Rivadeneyra," S. A.— Miguel Ramos Arizpe y Plaza de la República.